Rok XLIII. Kraków 7 Maja 1904. Nr. 19.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

## I. Replantacya, transplantacya i implantacya zębów.

Według wykładu mianego w Tow. lek. krak. d. 21 kwietnia 1904.

Podał

**Doc. Dr. Wincenty Łepkowski.**

Powrotne wszczepianie zębów, które bądźto przypadkiem wskutek urazu, bądź też przez wyjęcie na czas pewien zostały ze szczęki wydalone, nazywamy replantacyą. Przeszczepienie zęba z jednej strony szczęki na drugą stronę, lub też przesadzenie zęba z jednego osobnika do szczęki drugiego osobnika, nazywamy transplantacyą. Wszczepienie zęba w nowo utworzony drogą operacyjną zębodół znane jest pod nazwą implantacyi.

Najczęściej wykonywanym zabiegiem z tych trzech rodzajów jest replantacya, czyli powrotne wszczepienie. Historya medycyny wykazuje, że zabieg ten nie jest rzeczą bynajmniej nową; owszem, jest on rękoczynem, sięgającym czasów, kiedy jeszcze dentystyka była na bardzo nizkim stopniu rozwoju, i można powiedzieć, że replantacya jest jedną z pierwszych operacyi, jaką poznaliśmy z historyi medycyny w zachowawczej dentystyce. Paré (1594), którego dzieła szczególnie dla dentystyki są, że tak powiem, fundamentem całej jej przyszłości, już wspomina o pomyślnych próbach replantacyi zębów.

Zachowawcze leczenie zębów, t. j. zatruwanie i niszczenie miazgi zębowej, leczenie korzeni z rozpadłą miazgą, jest rzeczą ostatnich czasów, sprawą, która rozwijała się ręka w rękę z chirurgią i bakteryologią. Podstawą tego leczenia jest cała antyseptyka. Ona pozwala wyjaławiać korzenie zębów, przeprowadzić wyleczenie w jamie ustnej i uchronić schorzałego na wskróś zęba przed kleszczami. Przed wprowadzeniem antyseptyki zachowawcze leczenie zębów było nadzwyczaj ograniczone, a jedyna replantacya w przypadkach, które dzisiaj z łatwością dają się wyleczyć metodami zachowawczemi, mogła dawać zadawalniające wyniki. Mimo to cały szereg autorów, jak Dionisan (1714), Berdmore (1771), bardzo sceptycznie zapatruje się na usiłowanie replantowania zębów, a i w późniejszych czasach, bo w XIX wieku, Gariot (1805) w swojem dziele *„Traité de maladie de la bouche"* wspólnie ze współczesnymi sobie Tomaszem, Bellem i Galletem odradzają replantacyę, jako rzecz nie dająca odpowiedniego wyniku i częstokroć zawodząca nadzieje operatora.

Pesymistyczne zapatrywania tych autorów tłómaczyć można niewykształconą techniką operacyjną i brakiem antyseptyki i aseptyki, które obydwie muszą być uważane za jedyne warunki do spełnienia w mowie będącego rękoczynu. Przez wprowadzenie całego szeregu metod zachowawczego leczenia zębów, przez umożliwienie zaplombowania schorzałego zęba i pozostawienie go jako martwego, ale zdolnego do wykonywania swojego zadania rozmiażdżania pokarmów, replantacya ograniczyć musiała swój teren i zejść do rzędu operacyi, mających wartość li tylko doświadczalną i historyczną. Kto zna zabiegi lecznicze, używane dziś w dentystyce i kto specyalnie wykonywaniem praktyki dentystycznej się zajmuje, nie wiem, czy tak często odczuwa potrzebę wykonywania replantacyi, transplantacyi i implantacyi. Są jednak pewne przypadki, w których replantacya jest nieuniknioną, konieczną i wskazaną; są zaś inne, gdzie replantacya daje tak znakomite wyniki, jakich żadna z zachowawczych metod naszej nauki dać nie jest w stanie.

Dziś w każdej gałęzi medycyny idziemy szybkim krokiem naprzód. Nowe zdobycze w każdym kierunku dają nam możność robienia rzeczy, które dawniej były niedościgniome i były tylko marzeniem lekarzy. To wszystko ma swoją ugruntowaną podstawę w historyi medycyny, ma tam swoje szczeble, po których jedynie możemy dojść do szczytu. Wznawianie rzeczy starych z wprowadzeniem ich w dzisiejsze warunki, w dzisiejszy stan naszej wiedzy z pomocą tego, czem dzisiaj dzięki bakteryologii i nowoczesnemu postępowaniu chirurgicznemu rozporządzamy, dać może zdumiewające wyniki i tchnąć w tę starą i odłogiem leżącą, a dawno używaną operacyę nowego ducha, nadającego jej młodzieńczą siłę i prawo bytu.

Historya medycyny daje nam obfite piśmiennictwo w sprawie replantacyi i transplantacyi. Są autorowie, przemawiający za tymi zabiegami, lecz sporo i takich, którzy występują przeciwko z całą stanowczością, jak sławny chirurg XVIII stulecia Dionisan, który wprost nie wierzył, aby ząb mógł wrastać, skoro raz został wyrwany. Piotr Fauchard, jeden z ojców dentystyki, człowiek, którego pisma stanowią po dziś dzień podstawę do różnych badań, poświęca replantacyi i transplantacyi obszerniejszy ustęp i przytacza kilka przez siebie wykonanych tego rodzaju operacyi. W tymże samym wieku De la Motte opisuje przypadek replantowania przez siebie zęba, a po kilku latach z powodu wystąpienia bolów musiał go znowu wyciągnąć, a ząb ten okazał się tak mocno osadzonym, że operacya wyjmowania była tak trudną, iż wraz z zębem oderwał się kawałek kości. Dowód to, jak wielkie było obrośnięcie tkanki kostnej około zęba. Nie myślę tutaj zestawiać całkowicie obszernego piśmiennictwa, dotyczącego tego przedmiotu, gdyż to niejednokrotnie zostało uczynione przez różnych autorów. Zwrócę tylko uwagę na ważniejsze w tym kierunku prace, których jest bardzo wiele. Po większej części są to spostrzeżenia kliniczne. I tak Mouton jest jedyny, który replantował z dobrym skutkiem zęby mleczne, czego

przedtem nikt nie przedsiębrał. Do zwolenników replantacyi należał także l'Ecluse.

Już wtenczas spostrzegano, że efektowna operacya replantacyi zębów częstokroć ulega zniszczeniu przez to, że następuje wessanie korzeni, a ząb po dłuższym przeciągu czasu, bo nawet po kilku latach, wypada. Pierwszą pracę doświadczalną, która wyszła w „Archiwie Langenbecka", jest praca Mitscherlicha, który chciał się przekonać o jakości zrośnięcia obumarłego replantowanego zęba z żywą kością. Mitscherlich stwierdził, że kość wrasta w zaułki korzenia, który częściowo został wessany. Rabatz w roku 1876 podał warunki, śród których replantacya udać się może. — Widoki jej zależą od wieku i ogólnego stanu danego osobnika; dalej — czy wyjęcie nastąpiło bez obrażenia części miękkich i twardych, czy też miało ono miejsce.

Opierając się na doświadczeniu Huntera, który wszczepił w grzebień koguta wyrwany ząb ze zdrową miazgą, byli tacy, którzy wprost przypuszczali, że ząb taki może wrosnąć w szczękę. Miazga zębowa, zrósłszy się, może być zdolną do życia i funkcyonować tak, jak poprzednio. Tego zdania byli: Arnemann, Bell, Wiesemann i Linderer. Sądzili oni, że ząb replantowany rzeczywiście staje się napowrót żyjącą częścią żywego ustroju. Twist na podstawie klinicznego doświadczenia twierdzi, że ząb, będący w rozwoju u dziecka, replantowany, nie tylko z powrotem wrasta, ale w rozwoju swym dalej postępuje. Geist widział ząb, który w trzy miesiące po replantowaniu okazywał zapalenie miazgi zębowej. To samo stwierdzili i inni autorowie, jak Iszlai, w ostatnich czasach Marroneaud. Istotnie, w przypadkach, w których ząb natychmiast po wyjęciu zostaje replantowany, stwierdzić można to samo oddziaływanie na słabe prądy elektryczne w zębie replantowanym, jak i w zębach sąsiednich. Wiadomą jest rzeczą, że zęby z obumarłą miazgą zmieniają barwę; te zaś, które natychmiast po wyrwaniu zostały osadzone, czasami tej zmianie nie ulegają. Spostrzeżenia tego rodzaju byłyby dowodem, że miazga zębowa zdrowa i nieuszkodzona może zatrzymać swoją żywotność po replantacyi.

Schirner zaprzecza temu w zupełności, a według Fredla następuje w miazdze zębowej zwyrodnienie i wystąpienie cholestearynowych kryształów. Doświadczenia Scheffa z Wiednia, które przeprowadzone zostały na szeregu psów, wykazują, że los miazgi zęba, który raz został wyrwany i natychmiast replantowany, prowadzi do martwicy (*necrosis*). Stwierdził on pod mikroskopem, że po jakimś czasie mogą wrosnąć w otwarte szczyty korzenia nawet naczynia krwionośne, które się dadzą nastrzyknąć, lecz co raz obumarło, nie da się napowrót powołać do życia. Nie może tu być mowy ani o zrośnięciu się, ani o odrodzeniu się, jakie niektórzy autorowie przypuszczali. Doświadczenia Scheffa nie są jednak w tym kierunku dość ścisłe, gdyż on wkładał zęby, wyjęte psom, przed replantacyą do sublimatu $^{1}/_{1000}$. Rzecz naturalna, że sublimat, przenikając bardzo szybko tkankę, ustalał ją, a więc tem samem miazga zębowa nie żyła. Nie może więc w tym przypadku być dwóch zdań o jego zdolności do zrośnięcia się lub też odrodzenia. Część pracy Scheffa o obrastaniu nowo wytworzoną tkanką kostną replantowanych korzeni wzbogaca nas ścisłem doświadczeniem o losie zębów replantowanych lub transplantowanych, co zresztą zgadza się w zupełności ze spostrzeżeniami klinicznemi innych autorów.

W udałych przypadkach replantacyi lub transplantacyi los zęba jest dwojaki:

1) Następuje częściowe wessanie korzeni, a w uchyłki i zagłębienia, powstałe w korzeniu przez to wessanie, wrasta świeża tkanka z pozostałej okostnej. Ząb unieruchomia się i replantowany i transplantowany jest użyteczny przez szeregi lat. Tę formę nazywamy zagojeniem się przez rychłozrost zęba replantowanego.

2) Ząb, zrazu silnie umocowany i spełniający swoją czynność, traci przez wessanie korzeń i z czasem wypada.

Najłatwiejsze replantacye są zębów jedno- i dwukorzeniowych, gdyż wprowadzenie napowrót trzech rozbieżnych korzeni zęba trzonowego górnego jest częstokroć rzeczą niemożliwą.

Na udanie się replantacyi wpływają następujące warunki:

1) Osobnik ma być młody i zdrowy (w wieku poza lat 40 replantacya rzadko kiedy się udaje).

2) Postępowanie w ciągu całej operacyi powinno być takie, jakie jest przy każdej operacyi chirurgicznej, a więc przestrzeganie anty- i aseptyki.

3) Przerwa między wyjęciem zęba, a replantacyą, nie ma przekraczać pewnego określonego czasu.

4) Stosowne umocowanie replantowanego, względnie transplantowanego zęba na czas jego obrastania.

5) Przystosowanie artykulacyi zęba z jego antagonistami.

6) Donioslość zmian patologicznych, jakie replantacyę spowodowały.

7) Inteligencya pacyenta i jego wiara w rękoczyn.

Pierwszy punkt nie potrzebuje bliższego objaśnienia, gdyż wiadomo, że wszelkie złamania i obrażenia kostne, do których bądź co bądź replantacyę zaliczyć musimy, leczą się szybciej i łatwiej u ludzi młodych i zdrowych.

(C. d. n.)

## II. Uwagi nad powstawaniem chorób zakaźnych.

Napisał

**Dr. Adam Wrzosek.**

(Podług wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem na posiedzeniu dnia 2 grudnia 1903 r.)

(Ciąg dalszy).

Jaki los spotyka drobnoustroje w organizmie wyższych zwierząt? Czy dostawszy się do krążenia, rozchodzą się do rozmaitych tkanek, tam osadzają i giną, nie znajdując gleby, na której żyć i mnożyćby się mogły? Czy też może organizm pozbywa się tych drobnoustrojów, wydalając je z powrotem na zewnątrz ze śliną, sokiem trzustkowym, z potem, moczem i żółcią?

Badaniem losu drobnoustrojów, wstrzykniętych wprost do krwi, zajmował się cały szereg uczonych. Wszyscy badacze, którzy się tą sprawą zajmowali, przyszli do zgodnych wyników, że drobnoustroje, wstrzyknięte do krwi, znikają z niej prędzej lub później; czasem nie można ich było wykazać we krwi już po upływie kilku minut. Lecz gdy jedni

badacze utrzymują, że drobnoustroje giną w samej krwi, to drudzy, a jest ich znaczna większość, są zdania, że drobnoustroje osadzają się w narządach wewnętrznych, najczęściej w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym i płucach; wreszcie inni jeszcze badacze dowodzą, że przynajmniej część znikających ze krwi drobnoustrojów wydziela się z żółcią i moczem. Co się tyczy bakteryobójczości krwi *in vitro*, to sprawa ta została dostatecznie wyjaśnioną, dzięki badaniom Fodora[22], Nissena, Nuttala[53], H. Buchnera[11, 12, 13] i innych. Nie ulega wątpliwości, że krew odwłókniona lub surowica krwi niekorzystnie wpływa na rozmnażanie się wielu drobnoustrojów. Lecz do dziś dnia nie dała nam nauka ostatecznej odpowiedzi na pytanie: od czego zależy ten szkodliwy wpływ krwi *in vitro* na drobnoustroje? Nuttal pierwszy zauważył, że ciecze ustroju tracą swe własności bakteryobójcze po ogrzewaniu ich w ciągu godziny do 55°C. Buchner wykazał dalej, że substancya bakteryobójcza krwi, która znika po ogrzaniu do 55°C., znajduje się także i w surowicy krwi. Substancyę tę Buchner nazwał aleksyną. Zdaniem Buchnera aleksyna stale krąży we krwi i jej to ma zawdzięczać ustrój swą odporność na zakażenie. W ten sposób powstała tak zwana „humoralna“ teorya odporności, której głównymi rzecznikami stali się Bouchard, Flügge i Buchner. Lecz przeciwko teoryi tej powstało rychło wielu uczonych. Szkoła Baumgartena[1, 2, 3] nie uznaje zgoła aleksyny, twierdząc, że drobnoustroje nie rozwijają się należycie w surowicy krwi tylko wskutek plasmolizy i braku odpowiedniego dla nich pożywienia. Inni przeciwnicy teoryi humoralnej utrzymują, że drobnoustroje giną w surowicy wskutek nieprzystosowania się do środowiska. Na poparcie swego twierdzenia przytaczają oni fakt, że częstokroć po pierwiastkowem zmniejszeniu się liczby zaszczepionych do surowicy drobnoustrojów, następuje zwiększenie się jej, coby tłómaczyć należało późniejszem przystosowaniem się drobnoustrojów do podłoża. Wreszcie inni, występując przeciw teoryi Buchnera, powołują się na okoliczność, że surowica niezawsze traci swe własności bakteryobójne po półgodzinnem ogrzewaniu jej do 55° C.

U nas sprawą bakteryobójczości surowic normalnych różnych zwierząt zajmował się N. Kostanecki[40]. Na zasadzie swych badań, wykonanych z drobnoustrojami osłabionymi, przyszedł Kostanecki do wniosku, że bakteryobójczość surowicy polega jedynie na braku odpowiedniego pożywienia dla drobnoustrojów.

Przeciwko teoryi Buchnera wystąpił również twórca teoryi fagocytowej — Miecznikow[49]. Według Miecznikowa odporność na zakażenie związana jest wyłącznie z fagocytami. Aleksynę uważa Miecznikow za substancyę, pochodzącą z leukocytów, za czem świadczą spostrzeżenia Denysa i Haveta. Badacze ci pierwsi zauważyli, że wysięki, obfitujące w leukocyty, posiadają własności bakteryobójcze w stopniu wybitniejszym od surowic krwi tych samych zwierząt. Miecznikow twierdzi, że aleksynę wydzielają leukocyty podczas rozpadu, a przytem własność tę wydzielania aleksyny posiadają tylko mikrofagi, to jest leukocyty wielojądrowe. Aleksynę tę Miecznikow nazywa mikrocytazą w odróżnieniu od makrocytazy, którą wydzielają makrofagi (duże jednojądrowe leukocyty), a która nie posiada własności bakteryobójczych. H. Buchner na zasadzie własnych doświadczeń przyszedł również do przekonania, że aleksyna jest wytworem leukocytów, lecz wbrew Miecznikowowi uważał ją za substancyę, którą leukocyty wydzielają za życia do otaczającego je środowiska, a więc przedewszystkiem do osocza krwi.

Przeciwko temu zapatrywaniu wystąpił niedawno Gengou[9, 25]. Utrzymuje on zgodnie z Miecznikowem, że aleksyna powstaje dopiero w surowicy krwi wskutek rozpadu wielojądrowych leukocytów, a że jej niema, a przynajmniej niema w cokolwiek znaczniejszej ilości w osoczu. Pogląd swój na powstawanie aleksyny popiera Gengou licznemi a bardzo pomysłowemi badaniami. Krew (króliczą, szczurzą, a raz psią) centryfugował Gengou natychmiast po wypuszczeniu z naczynia albo w probówkach otoczonych lodem, albo w ciepłocie pokojowej, w probówkach wewnątrz wyparafinowanych. W ten sposób można było otrzymać ciecz, która jednak po pewnym czasie krzepła i wydzielała surowicę. Tę surowicę, która powstała z osocza krwi, po usunięciu zeń przez centryfugowanie prawie wszystkich leukocytów, badał Gengou, porównywując jej własności bakteryobójcze dla lasecznika wąglika, przecinkowca cholery, laseczki okrężnicy i laseczki durowej z takiemiż własnościami surowicy krwi tego samego zwierzęcia, lecz otrzymanej w sposób zwykły. Okazało się, że pierwsza surowica posiadała własności bakteryobójcze w bez porównania mniejszym stopniu, niż druga, t. j. otrzymana w zwykły sposób. Ale i Gengou rychło znalazł przeciwników swego poglądu. Ascoli, Dömeny i Petterss on[56] starają się obalić wywody Gengou, lecz prace ich zostawiają spore pole do krytyki, a doświadczenia ich nie zostały wykonane w sposób analogiczny z doświadczeniami Gengoua.

Z powyższego wynika, że sprawa bakteryobójczości krwi krążącej i wogóle cieczy ustroju nie została jeszcze ostatecznie wyświetloną. To tylko pewne, że nie można utożsamiać szkodliwego wpływu krwi na rozwój drobnoustrojów poza ustrojem z jej działaniem na drobnoustroje za życia, na co już dość dawno zwrócił uwagę Lubarsch. Często bowiem surowica zwierząt, odpornych na pewne jadowite drobnoustroje, nie jest zabójczą dla tych drobnoustrojów i naodwrót: nieraz surowica zwierząt wrażliwych na zakażenie, posiada wybitne własności bakteryobójcze dla drobnoustrojów, wywołujących daną chorobę. I tak np. królik jest bardzo wrażliwy na zakażenie wąglikowe, choć surowica krwi króliczej działa w wysokim stopniu zabójczo na laseczniki wąglika; natomiast pies jest zwierzęciem odpornem na wspomniane zakażenie, choć surowica krwi psiej bynajmniej nie wpływa szkodliwie na rozwój laseczników wąglika. Wiadomo również, iż gołąb jest odporny na zakażenie prątkami grypy (influenzy) Pfeiffera, a mimo to krew gołębia jest najlepszą pożywką dla tych drobnoustrojów. Słowem, sporo spostrzeżeń przemawia za tem, że ciecze ustroju, a w pierwszym rzędzie krew, nie posiadają w organizmie własności bakteryobójczych, a przynajmniej w stopniu znacznym, że przeto odporności wrodzonej nie można wytłómaczyć teoryą humoralną Buchnera.

Z kolei należy rozpatrzyć, czy narządy wydzielnicze, a więc nerki, wątroba, ślinianki i t. d., odgrywają jakąkolwiek rolę w wydalaniu na zewnątrz drobnoustrojów, znajdujących się we krwi.

W przebiegu chorób zakaźnych, zwłaszcza duru brzusznego, zauważono niejednokrotnie wydzielanie się z moczem

drobnoustrojów, wywołujących wspomniane choroby. Ważną przeto było rzeczą wyjaśnić, czy wydalanie drobnoustrojów, krążących we krwi, przez narządy wydzielnicze może się odbywać także w warunkach prawidłowych. Co się tyczy tego zagadnienia, to mimo pokaźnej liczby badań, poświęconych tej sprawie, nie zostało ono dotąd ostatecznie rozwiązane. Wszyscy niemal badacze zgadzają się na jedno, że ani śliniarki, ani trzustka, ani gruczoły potowe nie wydzielają w warunkach prawidłowych drobnoustrojów ze krwi. Lecz zdania ich są zgoła różne, gdy chodzi o nerki i wątrobę.

Pierwsze systematyczne badania w tej materyi zostały wykonane przez Wysokowicza ([70]). Wstrzykiwał on drobnoustroje zwierzętom do krwi, poczem w różnych odstępach czasu po wstrzyknięciu brał mocz z pęcherza i badał go bakteryologicznie. Na zasadzie bardzo licznych i nader sumiennych badań przyszedł Wysokowicz do wniosku, że drobnoustroje, wstrzyknięte do krwi, nie wydzielają się przez nerki w warunkach prawidłowych. Zdawało się, że sprawa została raz na zawsze rozstrzygnięta. Tymczasem w dziesięć lat później stanęła ona znowu na czasie, a to zawdzięczając badaniom Biedla, Krausa ([7], [8]), oraz prof. Kleckiego ([36]).

Biedl i Kraus wstrzykiwali duże ilości hodowli drobnoustrojów do krwi i zbierali mocz wprost z moczowodów po uśpieniu zwierzęcia; natomiast prof. Klecki robił swoje doświadczenia w sposób daleko więcej zbliżający się do warunków prawidłowych, gdyż wstrzykiwał do krwi daleko mniejsze ilości hodowli drobnoustrojów i zbierał mocz tą samą metodą, co Biedl i Kraus, lecz ze zwierząt nie usypianych. Okazało się, iż już po upływie kilku minut od wstrzyknięcia można było wykazać w moczu wstrzyknięte do krwi drobnoustroje. Biedl i Kraus na zasadzie swych doświadczeń utrzymują, że drobnoustroje wydzielają się ze krwi w warunkach prawidłowych nie tylko przez nerki, ale i przez wątrobę.

Gdy po ogłoszeniu pracy Wysokowicza wszyscy się na jego wnioski zgodzili, to przeciw wynikom badań Biedla i Krausa oraz prof. Kleckiego pojawiła się niebawem opozycya. Badania Cottona ([18]), Opitza ([54]), Kossowskiego ([39]), Métina ([48]) i Noetzela ([52]), wykonane w pracowniach Weichselbauma, Flüggego, Wysokowicza, Miecznikowa i Eiselsberga potwierdzają, do pewnego przynajmniej stopnia, pogląd Wysokowicza; natomiast prace Fütterera ([24]) i Pawłowskiego ([55]) przemawiają za wnioskami Biedla, Krausa i prof. Kleckiego. W ten sposób wytworzyły się dwa obozy uczonych, z których jedni utrzymują, że drobnoustroje, krążące we krwi, wydzielają się w warunkach prawidłowych przez nerki i wątrobę, a do nich, prócz wspomnianych wyżej badaczów, należą również tej miary patologowie, co Lubarsch i Ziegler; drudzy natomiast są zdania przeciwnego. Przyznać to trzeba, że niektóre prace, jak Opitza, Fütterera i Pawłowskiego pozostawiają nieco do życzenia pod względem ścisłości, a przeto i wywody ich niezbyt mogą zaważyć na szali sporu naukowego. Co uderza we wszystkich wspomnianych wyżej pracach, to okoliczność, że Wysokowicz, Cotton, Kłossowski, Métin i Noetzel, którzy otrzymywali mniej więcej jednakowe wyniki, mianowicie ujemne, posługiwali się prawie zawsze jednakową metodą, gdy Biedl, Kraus i prof. Klecki, stosując inną metodę badania, doszli do zgoła innych wniosków. A więc musi tkwić błąd w jednej lub drugiej metodzie; ten, kto sprawę tę należycie wyświetli, rozstrzygnie spór. Bądź co bądź, jeśli nawet przyjąć wnioski Biedla i Krausa, że nerki i wątroba w stanie prawidłowym wydzielają drobnoustroje, krążące we krwi i wniosek prof. Kleckiego co do fizyologicznej czynności nerek wydzielania drobnoustrojów ze krwi z moczem, to nie można jeszcze przypisywać zjawisku temu jakiejkolwiekbądź znaczniejszej roli w ochronie ustroju od wtargnięcia drobnoustrojów ze krwi do tkanek. Badacze ci bowiem nie zawsze znajdowali w moczu drobnoustroje, nawet gdy je byli wstrzyknęli do krwi w bardzo wielkiej ilości, czyli że nie jest to bynajmniej zjawisko, stale się powtarzające. Zresztą i sam prof. Klecki wyraźnie zaznaczył w swej obszernej pracy o przechodzeniu drobnoustrojów przez nerki, że wydzielanie się ich z moczem nie może mieć wielkiego znaczenia w procesie zakażenia, a to dlatego, że bez względu na to, czy drobnoustroje wydzielają się z moczem lub nie, pewna część ich zawsze osiada w narządach wewnętrznych, gdzie mogą spowodować powstanie ognisk zakaźnych. Zdaniem prof. Kleckiego nawet przez wzmożenie diurezy drobnoustroje, krążące we krwi, nie mogą być w zupełności przez nerki z niej usunięte.

Z powyższych uwag wynika, iż odporności na zakażenie nie można objaśnić ani własnościami bakteryobójczemi cieczy ustroju, ani zdolnością nerek i wątroby wydzielania ze krwi drobnoustrojów. Gdyby bowiem wspomniane czynniki odgrywały ważną rolę w odporności naturalnej na zakażenie, w takim razie niezrozumiałem byłoby poniekąd zjawisko, stwierdzone zgodnie przez wszystkich badaczów, że po zniknięciu ze krwi drobnoustrojów stale je można odnaleźć w rozmaitych narządach. Niezrozumiałą również byłoby rzeczą, że drobnoustroje jelitowe, dostawszy się do krwi, nie giną w niej, ani nie zostają z moczem i żółcią wydalone, lecz osadzają się w narządach wewnętrznych i przebywają w nich w stanie zdolnym do dalszego rozwoju. Naturalnej przeto odporności na zakażenie szukać należy głównie nie w tych dwóch wspomnianych wyżej czynnikach, lecz gdzieindziej, a mianowicie w narządach wewnętrznych.

Jeszcze w r. 1880 Chauveau zrobił spostrzeżenie, że laseczniki wąglika, wstrzyknięte do krwi baranów algierskich znikają z niej w ciągu kilku godzin, po upływie których można je było znaleźć w płucach, śledzionie i innych narządach. Później Ribbert ([58]) w roku 1884 zauważył, że wprowadzone do krwi drobnoustroje znikają z niej w ciągu pierwszych godzin po wstrzyknięciu. Z początku znajdował je Ribbert w leukocytach, a później we wszystkich narządach, lecz najwięcej w wątrobie. Na zasadzie późniejszych swych badań przyszedł Ribbert ([27]) do wniosku, iż najważniejszą rolę w niszczeniu drobnoustrojów odgrywają komórki olbrzymie, a po nich dopiero leukocyty. Najbardziej szczegółowo badali los drobnoustrojów, wstrzykniętych do krwi, a później osiadłych w narządach, Wysokowicz i Hess ([29]). — Wysokowicz wstrzykiwał zwierzętom do żyły hodowle drobnoustrojów, przeważnie *micrococcus tetragenus* i prątka durowego. W 24 godzin po wstrzyknięciu *micrococcus tetragenus* znajdował Wysokowicz te drobnoustroje głównie w wątrobie, mianowicie w naczyniach włoskowatych zrazików. Drobnoustroje przylegały do ścian

naczyń. W późniejszych okresach po wstrzyknięciu część drobnoustrojów znajdowała się w komórkach śródbłonka naczyń włoskowatych. Na skrawkach ze śledziony można było zauważyć drobnoustroje tylko wtedy, gdy się je wstrzykiwało do krwi kilkakrotnie i w wielkiej liczbie. Znajdowały się one w miąższu, w dużych komórkach śródbłonkowych (grosse Endothelzellen der Pulpa), natomiast nigdy w komórkach ciałek Malpighiego. W nerkach tylko w wyjątkowych razach można było znaleźć drobnoustroje i to wyłącznie w komórkach tkanki śródmiąższowej. Z prątkami durowymi rzecz miała się podobnie. Większa część prątków znajdowała się w naczyniach włoskowatych, po części w komórkach śródbłonkowych, a niektóre w komórkach tkanki śródmiąższowej. Nawet w skrawkach z tych narządów, z których nie można już było wyhodować wstrzykniętych do krwi drobnoustrojów, częstokroć znajdował Wysokowicz słabo barwiące się, obumarłe drobnoustroje. Natomiast w leukocytach, krążących we krwi, nie zauważył Wysokowicz nigdy drobnoustrojów, a nawet po wstrzyknięciu wielkiej ich liczby do krwi. Zdaniem Wysokowicza walka między komórkami a drobnoustrojami odbywa się w naczyniach włoskowatych, zwłaszcza tych narządów, w których krążenie krwi jest zwolnione. W walce tej ważną rolę odgrywają komórki śródbłonka, wyścielające naczynia włoskowate.

Do podobnych wniosków doszedł Hess, który wykonywał doświadczenia nietylko na zwierzętach ciepłokrwistych, ale i na żabach. U żab w trzy godziny po wprowadzeniu do krwiobiegu laseczników wąglika, liczba wolno krążących we krwi drobnoustrojów znacznie się zmniejszyła, natomiast wtedy można było zauważyć sporo laseczników w leukocytach. Po upływie 6 godzin tylko wyjątkowo zauważyć można było we krwi drobnoustroje wolne, a jeszcze później nie było ich zgoła we krwi. W pięć lub sześć godzin po wstrzyknięciu do krwi drobnoustrojów znajdowały się one w narządach wewnętrznych. W wątrobie drobnoustroje skupiały się w naczyniach włoskowatych, gdzie znajdowały się wewnątrz leukocytów. W tym czasie można było również zauważyć drobnoustroje w komórkach wątrobnych. Zjawisko to w późniejszych okresach jeszcze wybitniej występowało. W śledzionie znajdował Hess drobnoustroje, zgodnie ze spostrzeżeniami Wysokowicza, w komórkach miąższowych. W szpiku kostnym mniej było drobnoustrojów, niż w śledzionie i wątrobie; znajdowały się one wewnątrz dużych jednojądrowych komórek. Wreszcie ani w nerkach, ani w płucach nie znajdował Hess drobnoustrojów w komórkach śródbłonkowych.

Wkrótce potem i Banti ([27]) potwierdził wyniki doświadczeń Wysokowicza. I on doszedł do tego samego wniosku, co Wysokowicz, mianowicie, że najwięcej drobnoustrojów, wstrzykniętych do krwi, osiada w wątrobie, śledzionie i szpiku kostnym.

Według spostrzeżeń Ernsta ([21]) największa rola w pochłanianiu drobnoustrojów przypada w udziale komórkom śródbłonkowym niektórych małych naczyń w śledzionie.

Drobnoustroje, które dostały się ze krwi do narządów wewnętrznych, nie zaraz tam giną, lecz żyją w ciągu krótszego lub dłuższego czasu. Te drobnoustroje, które w narządach znajdują odpowiednie podłoże zaczynają się rozmnażać i szkodzić ustrojowi. Wszelkie zaś inne drobnoustroje, które wewnątrz narządów nie mogą się rozmnażać, giną. Najmniej odporne są roztocze, one też najpierw giną. Tak n. p. laseczniki sienne giną, zdaniem Wysokowicza, już w ciągu pierwszej doby po wstrzyknięciu. Rzadko które drobnoustroje, nie wyłączając jadowitych, żyją dłużej w ustroju nad kilka dni. Najdłużej żyją zarodniki laseczników siennych, gdyż można je było wyhodować z narządów wewnętrznych nawet po 78 dniach. Z tymi wynikami, otrzymanymi przez Wysokowicza, zgodne są spostrzeżenia innych badaczów: Trapieznikow ([27]) znajdował laseczniki sienne w narządach wewnętrznych w 32 dni po wstrzyknięciu do krwi zarodników; Halban ([27]) też same drobnoustroje mógł wyhodować w półtrzecia miesiąca po wstrzyknięciu do krwi zarodników. Lépin i Lyonnet ([27]) zauważyli, że prątki durowe mogą żyć tygodnie całe w wątrobie i śledzionie.

Czy rzeczywiście niektóre roztocze mogą tak długo żyć w stanie utajonym w narządach wewnętrznych, jak to utrzymuje Wysokowicz, Trapieznikow i Halban dla zarodników laseczników siennych, tego z zupełną pewnością rozstrzygnąć się nie da. Atoli nie można wykluczyć przypuszczenia, że w tych razach, w których wspomniani dopieroco badacze znajdowali w narządach wewnętrznych laseczniki sienne w kilkadziesiąt dni po wstrzyknięciu zarodników do krwi, że w tych razach drobnoustroje pochodziły z jelita lub płuc. Przypuszczenie to staje się tem więcej prawdopodobnem, że badając bakteryologicznie narządy zwierząt prawidłowych, znajdowałem w nich nieraz laseczniki sienne, choć ich nigdy zwierzętom do krwi nie wstrzykiwałem.

Los drobnoustrojów, które w jakikolwiekbądź sposób dostaną się do krążenia, został do pewnego stopnia wyświetlony, a to zawdzięczając badaniom, o których była wyżej mowa. Nie ulega wątpliwości, że ostateczny los tych drobnoustrojów rozstrzyga się wewnątrz narządów, gdzie następuje walka komórek z drobnoustrojami. Jaką rolę w pochłanianiu i niszczeniu drobnoustrojów odgrywają, obok leukocytów, komórki śródnaczyniowe we włoskowatych naczyniach zrazików wątroby, które, jak to Browicz ([10]) zbadał, posiadają niekiedy jakby wypustki, skierowane ku światłu naczynia, a wewnątrz zawierają bardzo często leukocyty, krwinki czerwone, wakuole i złogi barwika; jaką zaś rolę odgrywają komórki śródbłonkowe naczyń włoskowatych w innych narządach; jaką wreszcie komórki tkanki śródmiąższowej i właściwe komórki narządów, — są to wszystko pytania, które nie zostały jeszcze ostatecznie rozwiązane. Na zasadzie dotychczasowych badań nie można również z zupełną stanowczością twierdzić, że drobnoustroje w narządach giną li tylko wskutek fagocytozy.

Taki los, jaki spotyka drobnoustroje, wstrzyknięte do krwi, spotyka zapewne drobnoustroje, które się dostały do krążenia z przewodu pokarmowego. A jeżeli uprzytomnimy sobie, że organizm zostaje ciągle zakażany drobnoustrojami, znajdującymi się w przewodzie pokarmowym, to zgodzić się musimy, że walka organizmu z drobnoustrojami toczyć się musi w ciągu całego życia bezprzestannie. (C. d. n.)

## III. Spostrzeżenia z praktyki lekarskiej.

### I. Choroba Werlhofa po płonicy.

Skaza krwotoczna, a w szczególności choroba Werlhofa w następstwie płonicy, jest zjawiskiem nadzwyczaj rzadkiem. I tak Rilliet i Barthez widzieli i opisali tylko jeden przypadek choroby Werlhofa u ośmioletniej dziewczyny, u której w przeciągu pięciu tygodni po płonicy wystąpiły krwawienia z nosa, krwawe moczenie i zejście śmiertelne wśród objawów znacznej niedokrewności. Henoch spostrzegał 9 przypadków, które wszystkie zakończyły się pomyślnie. W jednym z nich wystąpiło krwawienie z nosa, ust, przewodów słuchowych zewnętrznych i jelit, a mimo to udało się dziecko to wyleczyć. Leichtenstern na 1000 przypadków, spostrzeganych w szpitalu w Kolonii, nie zauważył ani razu tego powikłania, podobnie jak i Litten.

Z tego powodu uważam za stosowne ogłosić przypadek podobny z własnej obserwacyi.

Dnia 27 stycznia b. r. wezwany zostałem na wieś do sześcioletniej dziewczynki M. K., u której w trzy tygodnie po przebyciu płonicy wystąpić miało nadzwyczaj obfite krwawienie z ust.

Badanie wykazało: Dziewczynka silnie niedokrewna, źle odżywiona; ciepłota ciała 35.6 C., tętno 70 uderzeń na minutę, regularne, ale nikłe. Na skórze obok śladów łuszczenia bardzo liczne wybroczyny świeże różnej wielkości, od główki szpilki do ziarnka dużej fasoli. Z dziąseł sączy się obficie krew tak, że chora co kilka minut wykrztusza kłęby skrzepów, pomieszanych z świeżą krwią. Na błonie śluzowej policzków kilkanaście wybroczyn. Narządy wewnętrzne: serce, płuca, wątroba i śledziona przedstawiają stosunki prawidłowe. Mocz wodojasny nie zawiera ani białka, ani krwi.

Zaleciłem podawanie na wewnątrz odwaru kory chinowej z wyciągiem sporyszu i kwasem fosforowym, a do pędzlowania dziąseł mieszaninę nastoju galasówek, partwinu trzypręcikowego (*ratanha*) i żywicznia gałeczkowatego (*eucalyptus*) z płynnym wyciągiem nadnercza (*extractum suprarenale solutum Merck*).

Po dwóch dniach krwawienie z dziąseł zupełnie ustąpiło, wybroczyny podskórne powoli uległy przemianie wstecznej, a nowe występowanie wybroczyn już się nie powtórzyło i dziewczynka powoli powróciła do zdrowia.

Jak złośliwym był jad płonicy w tym przypadku, może świadczyć ta okoliczność, że dwoje rodzeństwa tej chorej, które równocześnie zapadły na płonicę, zmarło, jedno w 24 godzin po zasłabnięciu na piorunującą formę płonicy wśród wysokiej gorączki, wymiotów i utraty przytomności, a drugie z nich w 3 tygodnie na posoczniczą postać błonicy płoniczej.

### II. Przypadek pląsawicy powstałej po płonicy.

Pląsawica jest nadzwyczaj rzadkiem następstwem płonicy u dzieci; Henoch opisuje z własnej obserwacyi tylko dwa przypadki, w których pląsawica wystąpiła wkrótce po przebyciu płonicy. Twierdzi on, że nie powikłanie ze strony śródsierdzia jest w tych przypadkach powodem wystąpienia pląsawicy, jak to bywa w przypadkach tak częstych, gdzie po gośćcu, powikłanym z zapaleniem śródsierdzia, występuje pląsawica, lecz sądzi, że albo sama choroba zakaźna, jako taka, albo zatory w korze mózgowej, biorące początek z nalotów na śródsierdziu, wywołują w następstwie ruchy pląsawicze, czyli, że według niego nie należy uważać tego powikłania jako pląsawicę typową, lecz za objaw zaburzeń krążenia krwi w korze mózgowej. Przeciwnie twierdzi Gerhardt; według niego pląsawica może powstać jako następowa choroba po płonicy. Litten również uznaje w niektórych przypadkach ten związek przyczynowy za udowodniony. Gubler i Bouchut ku zdziwieniu Henocha mieli częściej spostrzegać pląsawicę w następstwie płonicy.

Ponieważ w tegorocznej epidemii płonicy w Nowym Sączu obserwowałem jeden przypadek tego bądź co bądź niezwykłego powikłania, sądzę, że opisanie tegoż będzie usprawiedliwione.

E. S., 3 i pół lat liczący, przebył w końcu stycznia płonicę o niezbyt silnem nasileniu objawów chorobowych. W trzy tygodnie po przebyciu tej choroby zauważyli rodzice, że dziecko to ma oddech silnie przyspieszony i duszność.

Wezwany do zbadania znalazłem dziecko w pozycyi siedzącej, niedokrewne, bez śladów łuszczenia; ciepłota niepodwyższona, oddech bardzo przyspieszony. Na wargach sinica, tętno 150 uderzeń na minutę, nikłe. Stłumienie serca powiększone w obu wymiarach, uderzenie koniuszkowe widzialne w linii sutkowej. Nad koniuszkiem serca szmer skurczowy. Mocz jasny, nie zawiera białka.

Zaleciłem ochładzanie serca przyrządem Leitera i odwar naparstnicy. Po kilku dniach duszność wprawdzie zmniejszyła się, tętno nieco poprawiło się, 120 uderzeń na minutę, ale wystąpiły ruchy pląsawicze rąk, nóg i głowy; przytem dziecko zupełnie przytomne, odpowiada rozsądnie na pytania, przyjmuje podawane mu pokarmy i leki. Stan ten trwa przez półtora tygodnia i mimo podawania bromu w połączeniu z środkami sercowymi dziecko to zginęło wśród objawów niedomogi serca.

Związek przyczynowy między zapaleniem śródsierdzia, względnie płonicą, a pląsawicą w tym przypadku jest niezaprzeczalny.

## IV. Wyciągi.

Berlacki. **Materyały do fizyologii jelita ślepego.** (*Rozprawa na stopień doktora medycyny.* Petersburg 1903). Na podstawie doświadczeń, przeprowadzonych w pracowni prof. Pawłowa na 4 psach z przetoką jelita ślepego, doszedł autor do wniosku, że sok jelita ślepego odznacza się odczynem zasadowym i składa się z dwóch części, mianowicie: ze śluzu i płynu; podczas karmienia sok wydziela się w większej ilości, niż na czczo; różne gatunki pokarmu nie mają wpływu na ilość soku; szybkość wyciekania soku zależy prawdopodobnie od szybkości przechodzenia pokarmu w przewodzie jelitowym. Sok jelita ślepego nie wywiera żadnego wpływu na włóknik i białko jaja kurzego i nie zawiera kinezy. Zawiera natomiast zaczyn skrobiowy i erepsynę, rozkładającą peptony i albumozy. Z różnych pokarmów mleko, serwatka mleka i wszelkie potrawy mleczne (kasza, zupa) przechodzą bardzo szybko przez górny odcinek jelit; po upływie 1—2 godzin od spożycia pokarmu znajdują się w jelitach grubych w ilości, wynoszącej prawie połowę spożytego pokarmu. Z potraw mlecznych kiszki grube przyswajają substancye, zawierające azot, w ilości 20—26% całego N pokarmowego.

*Witold Orłowski* (Ptbg).

Iwanow. **Wymiana soli ziem alkalicznych u chorego, dotkniętego fosfaturyą.** (*Izwiestija Imperatorskoj wojenno-medicinskoj Akademii*, 1903. t. VI, Nr. 4—5). U chorego na fosfaturyę przeprowadził Iwanow w klinice prof. Janowskiego szereg badań w celu wyjaśnienia wpływu różnych rodzajów pokarmu i leczenia solami magnowemi, kwasami i gorącemi kąpielami na przyswajanie i wydzielanie soli wapniowych i magnowych w tej sprawie chorobowej. Ostateczne wyniki, do których doszedł autor, są następujące: 1) mętność moczu przy fosfaturyi zwiększa się po pokarmie białkowatym i zawierającym wiele soli wapniowych; 2) przeciwnie, pod wpływem pokarmów wyłącznie roślinnych mocz może się stać zupełnie przeźroczystym; 3) mocz mętny po użyciu nierozpuszczalnych ziem alkalicznych zawiera zwiększoną w porównaniu do normy ilość soli wapniowych i zmniejszoną soli magnowych; 4) między stopniem mętu moczu i zawartością w nim soli wapniowych zachodzi prosty stosunek; 5) ilość wydalanych z moczem soli wapniowych i magnowych zależy od ilości ich w pokarmie, jakkolwiek ścisłego związku tu niema; 6) pokarm roślinny zmniejsza męt moczu nie tylko wskutek zmniejszonej zawartości w nim soli wapniowych i magnowych, lecz i dla tego, że utrudnia wessanie się tych soli i sprzyja wydalaniu ich przez przewód pokarmowy; 7) pokarm mieszany, zwłaszcza białkowy i pokarm, bogaty w sole wapniowe, sprzyjają odkładaniu się ziem alkalicznych w ustroju i wywołują wyraźny męt moczu; 8) kwas (25 kropel kwasu solnego rozwodnionego 6 razy na dobę) zwiększa przy dyecie białkowej kwa-

sotę moczu i polepsza zewnętrzne jego wejrzenie; odsetek wydalanych z kałem soli wapniowych również podnosi się, a % wchłanianych obniża się; wreszcie ilość tych soli w moczu zostaje bez zmiany; ustrój wydala więcej soli wapniowych, niż wchłania; kwas więc sprzyja wypłokiwaniu wapnia z tkanek. Dla magnu warunki są wręcz przeciwne; 9) siarkan magnowy w dawce 5,0 na dobę przy pokarmie białkowym polepsza również własności moczu, zmniejszając wydalanie wapnia z moczem, podnosząc wydalanie go z kałem i obniżając wchłanianie tych soli; zawartość soli magnowych w moczu w tych warunkach podnosi się; 10) kąpiele gorące (40° C.) polepszają przy tejże dyecie własności moczu, prawdopodobnie w ten sam sposób, co i siarkan magnowy; 11) siarkan magnowy i kąpiele gorące sprowadzają odkładanie się soli wapniowych i magnowych w ustroju; 12) wreszcie należałoby, zdaniem autora, termin „fosfaturya“ zamienić, zgodnie z propozycyą prof. Janowskiego, na termin „calcinuria“, ponieważ najgłówniejsze zmiany w tem schorzeniu dotyczą zaburzeń wymiany soli wapniowych, wydzielających się z moczem w zwiększonej ilości. *Witold Orłowski* (Ptbg).

Magnus Levy. **Leczenie obrzęku śluzakowego.** (*Die Therapie der Gegenwart*, 1904, Zeszyt II i III). Z czterech postaci chorób, zwykle przypisywanych niedorozwojowi lub schorzeniu gruczołu tarczykowego (*hypo-thyreoidismus*), a mianowicie obrzęku śluzakowego, sporadycznego, endemicznego matołectwa i charłactwa, zwanego *cachexia strumipriva*, szczególnie dwie pierwsze ważne są dla lekarza praktyka. Z tych znowu wrodzony obrzęk śluzakowy dziecięcy lub młodociany (*myxoedema infantile s. iuvenile*), czyli matołectwo sporadyczne, występujące wyraźniej w pierwszym roku lub dziesięcioleciu życia, jest stanowczo częstsze, niż samoistny obrzęk śluzakowy dorosłych (*myxoedema adultorum*), występujący u ludzi zdrowych, szczególnie w wieku średnim i zdarzający się 8—10 razy częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Przed erą organoterapii wyleczenia obrzęku śluzakowego prawie nigdy się nie zdarzały; polepszenia samowolne natomiast spostrzegano dawniej i zdarzają się dzisiaj. Szczególnie w ciepłej porze roku i w krajach ciepłych chorzy czują się znacznie lepiej. Gruczoł tarczykowy jest jednak jako lek środkiem swoistym i niekiedy leczenie nim przez kilka tygodni wystarczy, by chory wyzdrowiał. Rzadkie, posiwiałe i szorstkie włosy stają się świeże i bujne; dzieci szybko rosną i mogą w przeciągu roku zyskać na wzroście 10—15 ctm. Leczenie cztero- do ośmiotygodniowe wystarcza często, by w klasycznych przypadkach wywołać zupełny przewrót. W innych przypadkach po 2 lub 3 miesiącach następuje tylko nieznaczne polepszenie i często tak przypadki lekkie, jak i ciężkie, stawiają znaczny opór. W takich przypadkach należy leczenie wytrwale przedłużać, choćby na cały rok, mimo ujemnego wyniku po dwóch miesiącach. W takich razach trzeba jednak stosowanie kołaczyków przerwać na kilka tygodni i potem odrazu polecić dawki średnie (2—3 kołaczyków) lub nawet wielkie (4 i więcej kołaczyków dziennie), skoro chory już przedtem lek dobrze znosił. Właśnie, że w lekkich i leniwie oddziaływujących przypadkach chorzy lek ten dobrze znoszą, dlatego baczna uwaga podczas leczenia nie jest u nich tak wymagana, jak na początku kuracyi i u tych chorych, którzy lek nie tak dobrze znoszą. Tu należy nieraz wzmacniać cały ustrój i serce, nim na nowo i ostrożnie się przystąpi do organoterapii, podając tylko małe dawki (½—1—2 kołaczyków) przez 4—6 tygodni, śród bacznej uwagi i dłuższych przerw.

Kołaczyki z gruczołu tarczykowego mogą wywołać niektóre zaburzenia, które bynajmniej, jak niektórzy mylnie sądzili, nie pochodzą od szkodliwych domieszek lub rozkładu przetworu, lecz są to skutki *hyperthyreoidosis*, z powodu czego przychodzi do potęgowania niektórych czynności, podobnie jak w chorobie Basedowa, którą według Möbiusa i Gautiera należy dziś uważać za *hyper-* lub *pathothyreosis*. Objawy te występują u ludzi zdrowych, częściej jednak u tłustych, a najgorzej czuli się chorzy na obrzęk śluzakowy. Uczucie gorąca w piekącej skórze, stany rozdrażnienia, omamy, bezsenność, rozwolnienie i brak łaknienia, przedewszystkiem zaś objawy podmiotowego i przedmiotowego osłabienia serca ze znacznem osłabieniem ogólnem są najczęstszemi przypadłościami. Mogą one nawet przez nagłe porażenie serca zakończyć się śmiercią, podobnie jak w niektórych ostrych przypadkach choroby Basedowa. Zaburzenia te występują w pierwszym okresie leczenia i dlatego wtedy właśnie wymagana jest najpilniejsza uwaga, gdyż potem chorzy przyzwyczajają się już do tego środka i znoszą większe dawki bez zaburzeń. Tylko bardzo rzadko dzieje się przeciwnie, że chorzy z początku lek dobrze znoszą, a różne zaburzenia występują dopiero później. U dzieci może jeszcze nastąpić inne niepożądane zjawisko, którego początki łatwo przeoczyć, ponieważ występuje ono dopiero po dłuższem leczeniu, to jest powoli występujące zboczenie kręgosłupa, wywołane nadmiernym i szybkim wzrostem. Wprawdzie spożycie kołaczyków tarczykowych wzmaga obok wzrostu kości w kierunku podłużnym także ich wytrzymałość wewnętrzną, ale to wzmocnienie nie wystarcza wobec szybkiego wzrostu i spotęgowanego popędu do ruchu. Takie osłabienie narządu ruchowego wymaga oczywiście dłuższej przerwy w leczeniu swoistem i odpowiednich zabiegów mechanicznych.

Zwykła dawka początkowa wynosi jedną pastylkę dla dorosłych, pół pastylki dla dzieci starszych i ćwierć dla dzieci poniżej lat czterech; niekiedy jednak trzeba rozpocząć jeszcze mniejszemi dawkami i polecić dorosłym ⅓ pastylki na dzień. Jeśli nie występują objawy uboczne, można po 2—3 tygodniach przejść do dawki potrójnej. Przy pierwszem wystąpieniu jednak najlżejszych zaburzeń, należy leczenie przerwać i po ich ustąpieniu, po 3—4 dniach, zaczynać na nowo małemi dawkami. Jeśli staranne nadzorowanie i codzienne odwiedzanie chorego nie jest możebne, to rozważniej będzie dać na początek jeszcze mniejsze dawki. Bardzo dobrze wpływa leżenie w łóżku, lub przynajmniej spokój przez pierwsze 8—14 dni. Na podstawie doświadczeń na zwierzętach należy zalecić wstrzymanie się od mięsa, lecz bynajmniej nie ograniczenie się w spożywaniu białka. Chorych, którzy równocześnie cierpią na inne zaburzenia (płucne, nerkowe itp.), powinno się leczyć tylko w szpitalu i to z największą ostrożnością. U chorych, u których wyzdrowienie powoli następuje, należy polecić kołaczyki tarczykowe do zażywania przez długi czas i prócz tego stosować inne jeszcze środki wzmacniające, jak ciepłe (lecz nie gorące) kąpiele, zabiegi mechaniczne, natomiast tylko z największą ostrożnością leczenie wodą zimną. Żelazo i arszenik oddają dobre usługi w niedokrewności; chinina jako środek ogólnie wzmacniający. Gdzie zresztą mimo ostrożnego leczenia i mimo małych dawek przykre objawy uboczne ciągle na nowo występują, arszenik ma dobrze działać. Dla utrzymania osiągniętego polepszenia lub wyzdrowienia należy kołaczyki tarczykowe i nadal zażywać, inaczej bowiem prędzej lub później dawny stan chorobowy na nowo wraca. Chcąc zapobiedz nawrotowi i utrwalić dobry wynik, wystarczają tylko małe dawki, np. jedna pastylka lub mniej dziennie. Przerwa 4—5 tygodniowa 2—3 razy w roku nie szkodzi i jest często pożyteczną, by na nowo potęgować zdolność odczynową. Wybór przetworu jest zupełnie obojętny, należy tylko uważać, by nie był za długo i za ciepło przechowywany. Nietylko w przypadkach matołectwa sporadycznego, lecz także w matołectwie endemicznem leczeniem można coś wskórać. Na pierwszem miejscu leczenia stoi naturalnie poprawa wody do picia, która w połączeniu z lepszem odżywieniem i większem krzyżowaniem żeniącej się młodzieży w wielu okolicach znacznie zmniejszyła endemię, a gdzieniegdzie nawet usunęła ją zupełnie. Lecz takie reformy higieniczno-społeczne po największej części wychodzą na korzyść dopiero w następnem lub trzeciem pokoleniu. Matołki starsi są nieuleczalni, również starsze, ciężko już zwyrodniałe dzieci; natomiast przy wczesnem i uważnem leczeniu od maleńkości osiągnął autor prawie takie same wyniki, jak w ciężkich przypadkach sporadycznego matołectwa, to jest znaczne polepszenie stanu cielesnego i umysłowego. *Dr. Fels.*

Kothen. **O chorobach w połogu po porodach płodów zmacerowanych.** (*Arch. f. Gyn.*, tom 70, zesz. 3). Od chwili śmierci płodu w łonie matki aż do jego urodzenia się upływa zwykle krótszy lub dłuższy czas, wyjątkowo tylko bezpośrednio po śmierci płodu, a mianowicie wtedy, jeżeli czynnik wywołujący śmierć jest zarazem silnym bodźcem, wywołującym skurcze macicy, n. p. uraz. Płód obumarły ulega w macicy t. z. maceracyi, która nie ma nic wspólnego z gniciem, albowiem ani powietrze, ani drobnoustroje gnilne nie mają dostępu do wnętrza jaja. Już oddawna toczy się spór między autorami co do wpływu płodu zmacerowanego na ustrój matki; wpływ taki musiałby się odbić w połogu. Podczas gdy jedni sądzą, że wpływ taki wogóle nie istnieje, a zaburzenia w połogu występują tylko wtedy, jeżeli płód obumarł w czasie porodu po odejściu wód, gdy więc powietrze miało przystęp do jaja i mogło wystąpić gnicie, twierdzą inni, że wpływ jest bardzo wybitny, szczególnie na powstanie (nagminnej) gorączki połogowej, a mianowicie przez samozakażenie. Hugenberger obliczył nawet chorobliwość w połogu po płodach zmacerowanych na 29%, a śmiertelność na 10%. Celem rozstrzygnięcia tej kwestyi przeglądał autor historye choroby 70 odnośnych przypadków i doszedł do przekonania, że zgubny wpływ płodu zmacerowanego na połóg jest wykluczony, a tylko chorobliwość w połogu po takich porodach jest o 11% większą, aniżeli chorobliwość ogólna. Z powyższych 70 kobiet zmarły dwie: jedna z powodu pęknięcia macicy, druga w następstwie łożyska przodującego. Natomiast gorączkowało kobiet 19, przyczem przyczyny tej gorączki nie można było znaleźć ani w czynnikach wywołujących samą śmierć płodu (najczęściej kiła), ani w jakiem zakażeniu z zewnątrz, ani wreszcie w przedwcześnie pękniętym pęcherzu płodowym. Zastanowiło jednak autora, że gorączka nigdy nie

występowała zaraz po śmierci płodu, lecz dopiero podczas lub po porodzie i tłómaczy tę kwestyę w następujący sposób: z chwilą rozpoczęcia się porodu i rozwarcia ujścia macicy dostają się drobnoustroje, znajdujące się w pochwie i dolnej części szyjki, masami do macicy i nietylko zalewają ściany jej, ale bardzo szybko się rozmnażają dzięki tkance obumarłej płodu i błon płodowych, które stanowią dla nich dalszą pożywkę. Toksyny, wytwarzające się w jamie macicy, dostawszy się do krwiobiegu, wywołują owe wzniesienia ciepłoty. Za tem tłómaczeniem przemawia i ten fakt, że w połogu po porodach płodów zmacerowanych tak często występują odchody cuchnące. *Dr. E. Ehrenpreis.*

G. Hoppe-Seyler. **Schorzenie wyrostka robaczkowego w przewlekłem amebowem zapaleniu jelit.** (*Münchener med. Wochenschrift,* Nr. 15). Autor opisuje przypadek przewlekłego zapalenia amebowego jelit, gdzie mimo leczenia ciągle utrzymywały się bóle w okolicy jelita ślepego i jednocześnie wyczuć można było tamże opór postronkowaty. Chory poddał się operacyi. Wyrostek robaczkowy był zgrubiały, zgięty i przyrośnięty końcem do ściany jelita ślepego. W preparatach, mianowicie w ścianie wyrostka, w części podsurowiczej i w torebkach znaleziono ameby (*amoeba coli* Loesch). Obecność ameb w ścianie i w treści wyrostka tłómaczy, dlaczego tego rodzaju zapalenia jelit są tak uporczywe, gdyż tam jest istna hodowla ameb, które w żaden sposób nie dadzą się usunąć. Prawdopodobnie i ropnie wątrobowe, tak częste w strefach podzwrotnikowych, są na tem tle, a zakażenie następuje z wyrostka robaczkowego. *J. Opolski.*

## V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Siegel (*Berl. klin. Wochenschrift,* Nr. 1, 1904) ogłasza wyniki swych starannych badań w sprawie stosowania niektórych nowszych środków lekarskich.

1. Pegnin. Przed kilku laty podał Dungern sposób, zapomocą którego mleko krowie staje się lepiej i lżej strawnem, a polegający na tem, że sernik mleka, zmieszany z proszkiem pegninowym, krzepnie w postaci drobnych płatków. Przyrządzanie mleka pegninowego jest proste: Na jeden litr przegotowanego mleka, ostudzonego do 32° R., dodaje się łyżkę stolową pegninu, poczem mleko krzepnie; następuje potem silne kłócenie aż do znikania skrzepów i mleko staje się gotowe do użycia; smak przytem się nie zmienia. Autor podawał tę mieszaninę niemowlętom i dorosłym w przypadkach przewlekłego nieżytu żołądkowego, w nerwicach żołądka, a szczególnie we wrzodzie żołądkowym; wynik był wszędzie bardzo dobry. Na tej zasadzie autor poleca gorąco ten przetwór w podobnych razach.

2. Pneumin, przetwór kreozotowy, przedstawiający się w postaci żółtawo-białego proszku, mogący być podawany chorym w dawkach 0·50, 3—4 razy dziennie. Stosowany był w 30 przypadkach cierpień płucnych, a otrzymane wyniki przedstawiają się w następujący sposób: W pierwszych tygodniach leczenia można było stwierdzić znaczny wzrost łaknienia przy braku jakiegokolwiek szkodliwego ubocznego wpływu na przewód pokarmowy. W niektórych przypadkach zmniejszał się kaszel i odkrztuszanie, poty pozostawały zazwyczaj bez zmiany. Osiągnięto wprawdzie poprawę w niektórych przypadkach: czy to jednak nastąpiło wskutek działania pneuminu, nie da się na pewno powiedzieć. Mimo to jednak zaleca autor ten środek, przewyższający zapachem i smakiem dotychczas stosowany kreozot, zwłaszcza, że i cena nie jest wysoka.

3. Hetol, środek przeciwgruźliczy, którego działanie dotychczas jeszcze nie ustalone. W niektórych przypadkach gruźlicy otrzymano wyniki wcale pomyślne; w niektórych zaś pozostał hetol bez wpływu. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

*Rodagen,* mający skutecznie działać w chorobie Basedowa w dziennych dawkach 10 grm., stosowany był w 3 przypadkach z wynikiem ujemnym.

*Atoxyl* stosowany z bardzo dobrym skutkiem jako 20% roztwór do śródmięśniowych wstrzykiwań w cierpieniach krwi i tych wszystkich przypadkach, w których wskazane są przetwory arsenu; należy rozpocząć od najmniejszej dawki t. j.: 0·04, zwiększając codziennie o 0·02, aż do 0·20.

*Veronal* okazał się istotnie znakomitym środkiem nasennym w dawkach 0·25—0·50 i w ten sposób publikacye Fischera i Meringa co do stosowania weronalu zostały najzupełniej potwierdzone; większe dawki (1·00) są jedynie wskazane u alkoholików.

*Trigemin,* połączenie piramidonu z wodnikiem chloralowym, ma skutecznie działać w dawkach 0·50—1·00 we wszystkich cierpieniach neuralgicznych, bez jakiegoś ubocznego, a szkodliwego wpływu na serce. Autor stosował trigemin w 12 przypadkach z dość dobrym wynikiem, przyczem dodać należy, że w jednym przypadku wystąpiła silna pokrzywka po 8-dniowem używaniu trigeminu, a w drugim po jednorazowej dawce 0·75.

*Rheumatin,* bardzo dobry środek przeciwgośćcowy, ale niestety szerszemu zastosowaniu stoi na przeszkodzie wysoka cena.

*Mączkę owsianą* poleca gorąco Noorden w przypadkach cukrzycy, jako jedyne odżywienie chorych przez 1—2 tygodni w dziennej ilości 250 grm. łącznie z 250 grm. masła i 100 grm. roboratu; już w tak krótkiem czasie odsetek cukru opada znacznie lub znika zupełnie. Autor stosował to w 4 przypadkach z dobrym wynikiem. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

## VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie lwowskie.

**Posiedzenie naukowe z dnia 8 kwietnia 1904 r.**

Przewodniczący: Dr. E. Wechsler. Obecnych: 37.

I. Kol. Dr. St. Eljasz-Radzikowski mówił »O różnych postaciach leukocytów«, ilustrując wykład preparatami mikroskopowymi. Rzecz będzie ogłoszona drukiem i nie nadaje się do streszczenia.

II. Kol. Dr. M. Reichenstein mówił na podstawie doświadczeń w klinice lekarskiej lwowskiej „O wartości metody Salomona, podanej do odróżnienia raka żołądka od wrzodu“, na podstawie ilościowego oznaczenia azotu (białka) we wodzie przepłóczynowej. Używając do doświadczeń chorych z niewątpliwym rakiem, względnie wrzodem żołądka i przemywając żołądki nie metodą lewarową, jak to czynił Salomon, lecz aspiratorem, przekonał się prelegent, że wyniki, osiągnięte tą metodą, są bardzo zawodne, a prawie bez wartości w przypadkach wątpliwych.

W dyskusyi zabiera głos P. Kučera, podnosząc, że już ze stanowiska anatomiczno-patologicznego wartość metody Salomona wydaje się wątpliwą. Boć ilość azotu w treści przepłóczynowej zależną jest od rozmiarów owrzodzenia samego, jako takiego. A to w przypadkach raka, nawet daleko posuniętego, może być nieznacznem, rozległem zaś w przypadkach wrzodów okrągłych. I odpowiednio do tego we wodzie przepłóczynowej z pierwszego przypadku otrzymamy mało białka, w drugim zaś więcej, zatem wbrew zasadom, głoszonym przez Salomona. Następnie przemawiają E. Wechsler i Prelegent.

*Dr. Herman,* sekretarz doroczny.

### Wydział lekarski rzymsko-katolickiego Towarzystwa dobroczynności przy kościele św. Katarzyny w Petersburgu.

**VI posiedzenie w dniu 27—XI (10—XII) 1903 roku.**

Obecnych członków 18, gości 2.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego ogólnego zebrania udziela prezes Dr. Strawiński głosu Drowi Z. Orłowskiemu.

Dr. Zenon Orłowski wygłasza rzecz pod t.: „Ocena nowszych bakteryologiczno-rozpoznawczych metod w durze brzusznym. Badania doświadczalno-kliniczne“. Na podstawie piśmiennictwa i własnych poszukiwań, dokonanych w klinice lekarskiej Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, prelegent przytoczył metody bakteryologicznego badania kału, moczu, soku śledzionowego, krwi z plamek różyczki i krwi żylnej i ich wartość dla rozpoznania duru brzusznego. Największe znaczenie ma, zdaniem prelegenta, bakteryologiczne badanie krwi. Krew chorych na dur zawiera zawsze laseczniki durowe; mogą one być wykryte począwszy od 5 go dnia choroby, a według Curschmanna nawet od drugiego, aż do końca 3-go tygodnia, również podczas nawrotów. Dla otrzymania laseczników ze krwi prelegent dodaje 2—4 ctm. sz. krwi, wziętej z żyły w zgięciu łokciowem, do 200—300 ctm. sz. bulionu. Hodowle otrzymują się na 3—5 dzień. Temu badaniu prelegent przyznaje ogromne znaczenie rozpoznawcze wobec wykazania laseczników pokrewnych, wywołujących schorzenie o przebiegu kli-

nicznym, nadzwyczaj podobnym do duru brzusznego, t. zw. »paratyphus«. Opisem własności biologicznych tych laseczników i ich stosunku do odczynu Gruber-Widala prelegent zakończył swój odczyt.

W dyskusyi zabiera głos prof. Dr. Ziemacki. Zdaniem jego należy przypuszczać, że nietylko laseczniki durowe, lecz i inne drobnoustroje chorobotwórcze mogą przedstawiać odmiany, czyli paratypy. Podobne pojmowanie łatwo tłómaczy, dlaczego n. p. gronkowiec przedstawia się pasorzytem raz dość łagodnym, w innych zaś przypadkach występuje jako nadzwyczaj jadowity i sprowadza ogólne zakażenie z szybkiem zejściem śmiertelnem. Zastanawiając się nad tą sprawą, prof. dr. Ziemacki był skłonny już oddawna do tłómaczenia podobnego zjawiska tem, że tu wchodzą w grę pokrewne typy drobnoustrojów, zbliżone do siebie wielu właściwościami wspólnemi, zawsze jednak nie identyczne. Poszukiwania Kocha, wykazujące różnorodność prątków gruźlicy ludzkiej i zwierzęcej, utrwaliły go w tem zdaniu. Odczyt prelegenta przedstawia dalsze dowody słuszności podobnego poglądu.

Zaznaczywszy w odpowiedzi, że paratypy istnieją prawdopodobnie i dla prątka gruźlicy, prelegent nie odrzuca możliwości paratypów i u innych drobnoustrojów; jeśli dalsze badania stwierdzą to przypuszczenie, to istnieniem paratypów łatwo da się wytłómaczyć bezskuteczność surowicy swoistej w wielu przypadkach posocznicy.

Prof. dr. Ziemacki nie podziela sceptycznego zapatrywania prelegenta na znaczenie odczynu Widala; następnie pyta o praktyczne znaczenie bakteryologicznego badania krwi chorych na dur.

W odpowiedzi dr. Z. Orłowski odmawia próbie Widala znaczenia objawu patognomonicznego; hodowle laseczników durowych ze krwi chorych można otrzymać już na 6—8 dzień, więc w końcu pierwszego tygodnia.

Doc. W. Orłowski wyraża obawę, żeby przy szukaniu paratypów nie wznowił się ten szał bakteryologiczny, który piętnuje początkowy okres w rozwoju bakteryologii, a który nakazywał dopatrywać przyczyny wielu zjawisk we właściwościach li tylko drobnoustroju chorobotwórczego, bez żadnego uwzględnienia podłoża, w którem on się rozwija, więc oraz ustroju ludzkiego lub zwierzęcego. Tą stronnością był nawskróś przesiąknięty i odczyt Kocha o gruźlicy na Zjeździe w Londynie. Tymczasem dla klinicystów nie ulega wątpliwości, że tenże drobnoustrój, n. p. prątek gruźliczy lub gronkowiec, zachowuje się niejednakowo w różnych ustrojach, zależnie od cechujących je własności odrębnych, co zresztą spostrzega się i na pożywkach sztucznych. Co się tyczy praktycznego znaczenia gorąco zalecanej przez prelegenta metody bakteryologicznego badania krwi w durze brzusznym, to doc. W. Orłowski zapatruje się na nią pod tym względem ujemnie: nie dosyć jest wykryć we krwi laseczniki, trzeba jeszcze udowodnić, że one są durowe, nie zaś inne, przedewszystkiem, że nie są to laseczniki z ogromnej gromady drobnoustrojów okrężnicowych, które mogą dawać też objawy kliniczne. Ponieważ zaś te drobnoustroje posiadają wiele cech wspólnych z lasecznikiem durowym, co tłómaczy się ich bliskiem pokrewieństwem, więc różniczkowanie ich wymaga dłuższego czasu i sprawa chorobowa może skończyć się wcześniej, niż badania bakteryologiczne dadzą odpowiedź rozstrzygającą. Odmawiając więc w obecnej chwili tej metodzie znaczenia praktycznego u łoża chorego, W. Orłowski zapatruje się na nią, jako na metodę, która wytyka nowe drogi w pojmowaniu sprawy durowej; ostrzega jednak przed bakteryologicznem badaniem krwi po śmierci chorego, ponieważ podobne badania nie mogą mieć żadnego znaczenia.

W odpowiedzi prelegent Z. Orłowski zaznacza, że pierwsze badania, w których znajdowano laseczniki durowe we krwi, dotyczą właśnie badań pośmiertnych.

Zdaniem doc. W. Orłowskiego badania te trzeba brać na wiarę i bardzo ostrożnie już dla tego, że one były dokonane w tym czasie, kiedy rozpoznanie różniczkowe lasecznika durowego od laseczników okrężnicowych było nader chwiejnem, tymczasem lasecznik okrężnicowy przechodzi do krwi zaraz po śmierci i tu szybko się rozwija.

Dr. Strawiński zapytuje o związek między ilością laseczników durowych we krwi, a natężeniem choroby.

Prelegent wyjaśnia, że im cięższy jest przypadek, tem łatwiej wykrywają się laseczniki, w lekkich przypadkach szukanie ich jest znacznie trudniejsze i często bezowocne.

Dr. Strawiński przypisuje ogromne znaczenie siłom zakaźnego ustroju i sądzi, że od nich zależy łagodny lub złośliwy przebieg choroby zakaźnej.

Podziękowawszy następnie w imieniu Koła prelegentowi, przewodniczący Strawiński udziela głosu prof. dr. Ziemackiemu.

Prof. dr. Ziemacki wygłasza odczyt pod tyt.: »Przypadek wycięcia zwężonego jelita w okolicy zastawki Bauhiniusza«. Do prelegenta zwróciła się żona felczera w wieku lat 24, ze skargami na kurczowe bole w brzuchu, zwłaszcza w prawej okolicy biodrowej, połączone ze znacznem przelewaniem i burczeniem; bole wystąpiły po parokrotnem zapaleniu wyrostka robaczkowego. Prelegent wyczuł w prawym dole biodrowym podłużny guz twardy, który przebiegał w kierunku od przedniego górnego kolca talerza biodrowego ku macicy. Napadom bolów towarzyszyło w wybitny sposób miejscowe wzdęcie jelit i robaczkowe ich ruchy po prawej stronie pępka. Podczas operacyi prelegent znalazł w miejscu usadowienia nowotworu przedewszystkiem sieć, a pod nią cały kłąb wielkości dwóch pięści, złożony z pętlic jelita cienkiego i grubego, jak również pęcherza moczowego, jajnika, jajowodu i jelita esowatego. Pomimo znacznych trudności, prelegent dokonał nie ileokolostomii, (zabieg daleko łatwiejszy), lecz rozplątał węzeł i wyciął podstawę wyrostka robaczkowego i zwężone obrączkowo jelito cienkie u zastawki Bauhiniusza, wraz z częściami sąsiedniemi. W ten sposób wyciął prawie 20 ctm. jelita z krezką. Wyrostek robaczkowy okazał się złożonym we dwoje; w miejscu zagięcia przewód jego był połączony ze światłem jelita cienkiego przez sztuczną szczelinę, powstałą, jak wykazało badanie drobnowidowe, na drodze byłego ropnego zapalenia wyrostka. Przytoczony przypadek przemawia, zdaniem prelegenta, na korzyść operacyi doszczętnej, wbrew zdaniu zwolenników łatwiejszego zabiegu, enteroanastomozy.

W dyskusyi doc. W. Orłowski zaznacza, że podobne zapatrywanie liczy wielu zwolenników; istotnie w klinikach wycinają znacznie większe kawałki jelita, niż było w przypadku prelegenta; jako przykład przytacza ogłoszoną przed rokiem pracę Payra, który opisał w jednem z czasopism chirurgicznych 14-ty przypadek wycięcia przeszło 200 ctm. jelita cienkiego.

Dr. Piotrowicz: Czem tłómaczą się obszerne zwężenia jelita cienkiego?

Prof. dr. Ziemacki: Chora przebyła parokrotne zapalenie wyrostka robaczkowego, które spowodowało prawdopodobnie zrośnięcie wyrostka z przylegającą pętlicą jelita cienkiego, a następnie nadżarcie ściany jelita i obrączkowe oddzielenie błony śluzowej jelita na znacznej przestrzeni; wskutek upośledzonego odżywiania w tych niezwykłych warunkach błona śluzowa musiała obumrzeć; powstało więc owrzodzenie, które zabliźniając się dało w następstwie obrączkowe zwężenie jelita.

Dr. Strawiński dziękuje prelegentowi i zamyka naukową część posiedzenia.

W posiedzeniu administracyjnem, oprócz spraw innych, wybrano w poczet członków Wydziału lekarskiego drów: J. Rudzkiego, Goryniewskiego i Oszczakiewicza. *Witold Orłowski.*

## VII. Komisya zdrojowa (klimatyczna).

Napisał

**Dr. B. Skórczewski.**

Ponieważ skutkiem różnorodności władz i rządów, składających się z osób, niezupełnie zaznajomionych z potrzebami zdrojowisk i uzdrowisk, nie mogły się one należycie rozwijać, dlatego po długich naradach Sejmu uchwalono 4 listopada 1891 r. ustawę, na podstawie której Namiestnictwo w porozumieniu z Wydziałem krajowym wydało 12 maja 1895 r. statut dla zdrojowiska Krynicy, jak też podobnie dla innych zdrojowisk i uzdrowisk (klimatyk). Lekarstwo to okazało się nieskuteczne, o czem świadczy głośna walka w Zakopanem, a nie tak głośne, ale nie mniejsze niezadowolenie ogólne w Krynicy. Co do tej ostatniej, to nie było tam nic nowego, a jeno w odmiennej nieco formie podana

dawna „prowizoryczna instrukcya“ dla Komisyi zdrojowej, wydana przez zarząd dóbr państwowych.

Ponieważ nad tą sprawą pracowano w Sejmie i Namiestnictwie przez kilka lat, a zakres działania tych Komisyi bardzo szeroko zakreśla §. 7. w staraniu się o jak najpomyślniejszy rozwój zdrojowiska, o wygody i rozrywki dla gości, oraz czuwanie nad tem, aby zdrojowisko skądkolwiek szkody nie doznało, a mimo to ta praca, te ustawy nie wydały żadnego owocu, dlatego należy się rozpatrzeć, czy tu winną jest sama Komisya lub klimatyka, czy też ustawa i statut, opierający się na tej ustawie.

Statut dla zdrojowiska Krynicy:

„§ 1. Na mocy zezwolenia, udzielonego rozporządzeniem c. k. Gubernium Galicyi z dnia 13 czerwca 1807, uznaje się urządzenia i budowle, przeznaczone do celów leczniczych, w Krynicy i wokoło niej, jako zakład kąpielowy“.

Określenie to jest jasne i ścisłe, racyonalne i konieczne; aby tak istotnie było, aby te interesy całego przemysłu zdrojowo-kąpielowego ujęte były w jedną organiczną całość. Tymczasem określenie to obala zupełnie § 2: „Zakład zdrojowy w Krynicy obejmuje gminę Krynicę i Słotwiny i obszar dworski Krynica“.

Na gruntach gminy Słotwińskiej stoi zaledwie parę małych domków i znajduje się jeden zdrój, gdy cała duża wieś leży zupełnie na uboczu i nic wspólnego nie ma z przeznaczeniem zdrojowiska. Również z gminy Krynicy bardzo mały skrawek ziemi w pobliżu zdroju głównego ma urządzenia i budowle, przeznaczone do celów leczniczych, gdy zaś gmina wiejska rozciąga się na 2—3 kilometrów długości i nic nie ma wspólnego z interesami zdrojowiska.

„§ 3. Organami Zakładu zdrojowego są: a) komisya zdrojowa, b) zarząd zdrojowy, c) lekarz zdrojowy.“ Zatem zwierzchność gminna Krynicy i Słotwin nie ma żadnego wpływu na zdrojowisko, określone § 2. Tymczasem jest przeciwnie, gdyż obie te zwierzchności gminne mają poza obszarem dworskim wyłączną władzę, a nie posiada jej ani Komisya zdrojowa, ani zarząd zdrojowy, ani lekarz zdrojowy.

Z tego się okazuje, że blizko przed 100 laty teoretycznie oddzielono zdrojowisko Krynicę od gmin wiejskich, a przez cały wiek nie zdołano tego urzeczywistnić, odłączyć od siebie tych tak odmiennych, a nic wspólnego ze sobą nie mających interesów. Wynik kilkuletniej pracy Sejmu i Namiestnictwa jest jedynie ten, że paragrafem drugim jasne określenie paragrafu pierwszego zaciemniono, a paragrafem trzecim zaprzeczono paragrafowi drugiemu.

Komisya zdrojowa składa się z następujących członków: 1) delegat c. k. Namiestnictwa, 2) delegat Wydziału krajowego, 3) zarządca Zakładu, 4) naczelnik gminy Krynicy, 5) naczelnik gminy Słotwiny, 6) lekarz zdrojowy, 7) lekarz gminny, 8) i 9) dwóch lekarzy praktykujących w zdrojowisku (wybieralni z grona lekarzy), 10) i 11) dwóch właścicieli realności (wybieralnych nie z gminy całej, lecz z właściwego zdrojowiska według § 1).

Przewodniczącym jest delegat Namiestnictwa, a zastępcę przewodniczącego co rok wybierają członkowie Komisyi zdrojowej.

W skład Komisyi zdrojowej wchodzi dobór ludzi o wysokich stanowiskach społecznych i to ludzi, przedstawiających mniej więcej wszystkie sfery interesów zdrojowiska, znających te interesy i znających potrzeby i braki, słowem utworzono ciało bardzo poważne, względnie fachowe, by miało wpływ wszechstronny, by pod jego zarządem zdrojowisko się rozwijało należycie. I takby było niewątpliwie, gdyby *pia desideria* wypisane w § 7, ustępy 3, 4, 5, 6, 7 i 8, były oparte na jakiejkolwiek prawnej podstawie, któreby się Komisya uczepić mogła i w życie wprowadzić.

Imponująco wyglądają te ustępy, dlatego warto je choć w skróceniu przytoczyć. Komisya zdrojowa

„3) czyni wnioski co do zmiany taks i opłat, co do regulaminu najmu mieszkań, co do stosunków, które uwzględniać należy przy nowych budowlach i przebudowlach w zdrojowiskach, tudzież przy wykonywaniu regulaminu budowlanego, wogóle co do przepisów kąpielowych i t. d.“

Otóż Komisya zdrojowa na posiedzeniach 25 i 27 września 1897 r. opracowała wniosek co do zmiany taksy, lecz Namiestnictwo tych opracowanych wniosków nie uwzględniło; również bezskutecznie udawała się do Namiestnictwa, by zmienić bardzo wadliwy regulamin najmu mieszkań. Co do budowli zaś i przebudowań, to ani obszar dworski, ani władza gminna nie przedkłada jej planów, a Komisyi zdrojowej nie udzielono żadnego prawa, by ich mogła zażądać, aby mogła się coś dowiedzieć. Jakże więc dodatnio wpływać może?

„5) Wspiera Zwierzchność gminną, względnie przełożeństwo obszaru dworskiego w nadzorowaniu nad dobrocią sprzedawanych artykułów żywności, mięsa, wędlin i t. d.“

Ani Zwierzchność gminna, ani obszar dworski nie uznają potrzeby żadnych wsparć, bo tamte władze opierają się na swych prawach, a Komisyi zdrojowej do tych władz i do tych spraw żadnego prawa nie udzielono.

„6) Stara się o to, aby Zwierzchność gminna, względnie obszar dworski nie dozwalał na wznoszenie takich budowli, któreby bądź ze względów zdrowotnych, bądź z braku bezpieczeństwa od ognia szkodę dla gości przynieść mogły, niemniej baczyć powinna na to, aby w zabudowywaniu miejscowości zachowano pewne linie regulacyjne i by domy mieszkalne, przeznaczone dla gości, odpowiadały wymaganiom higieny“.

Istotnie zadania te godne są tak poważnego ciała, jakiem jest Komisya zdrojowa, tem więcej, że § 4 pozwala jej wzmocnić się przez przybranie znawców i rzeczywiście ona tu powinna mieć głos rozstrzygający. Ale jaką drogą ona ma dążyć do tego celu? Tej drogi niema, bo nie dano jej żadnej mocy, aby łamała prawa zwierzchności gminnej i obszaru dworskiego, a bezprawnie uczynić tego nie może, a zatem cały ten zakres działania Komisyi zdrojowej odpaść musiał pomimo najusilniejszych jej starań, pracy i zabiegów. Co więcej, w ustawie budowlanej z r. 1899 w § 14 „regulacya zdrojowisk“ przyznano Komisyi nad planami regulacyi zdrojowiska tylko jeden głos obok 5 lub więcej innych głosów, ale nie przyznano jej prawa wglądnięcia i ocenienia wartości tych planów.

Według statutu cała najważniejsza działalność Komisyi zdrojowej o jak najkorzystniejszy rozwój zdrojowiska, o wygody dla gości i o ich wszelkiego rodzaju bezpieczeństwo opiera się na „czynieniu wniosków“, „wspieraniu władz“ i „staraniu się“, ale wnioski się odrzuca, popierania nie potrzebuje, a staranie się jest niemożliwe, bo się nic nie wie: czyli jest to podstawa do olbrzymiej pracy, starań, usiłowań,

ale bezwzględnie bez żadnego wyniku, bo go osiągnąć nie można, bo to jest walka bezprawia z prawem.

Jedynie rzeczywistą podstawę do działania ma Komisya zdrojowa w § 7 ust. 1 i 2: zawiaduje funduszem kuracyjnym, który służy według § 13 na opłacenie muzyki, utrzymanie ogrodu i parku, oświetlenie, uprzyjemnienie gościom pobytu zabawami i pokrycie wydatków własnej administracyi.

To jest jedyna działalność Komisyi zdrojowej, której zakreślono tak szerokie i wspaniałe ramy, istotnie godne składu i doboru osób, pracy wszechstronnej nad utrzymaniem i rozwojem zdrojowiska, a której nie dano żadnej możności wydobycia się z poza drobnej gospodarki ogrodowej, opłaty muzyki i swej administracyi.

Może nareszcie teraz po upływie wieku całego teoretyczne, ale jasne określenie zdrojowiska Krynicy zostanie urzeczywistnione i oddzielone od gmin wiejskich, poczem może łatwiej będzie zakreślić istotny, a nie fikcyjny szeroki zakres działania Komisyi zdrojowej.

## VIII. Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 5 maja.*

**Z dniem 23 kwietnia administracyę »Przeglądu lekarskiego« objął profesor dr. Stanisław Ciechanowski (ul. Wielopole, 4); do niego więc należy się zgłaszać we wszystkich sprawach, dotyczących prenumeraty, odbitek, załączników, ogłoszeń, inseratów i t. d.**

*Jarosław 29 kwietnia.* Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich odbyła d. 16 kwietnia b. r. w szpitalu powszechnym posiedzenie naukowe. Obecnych członków 21; jako goście: lekarz sztabowy Dr. Gottlieb; lekarze pułkowi: Dr. Kolbe, Fruchtmann. Hanel, Eisenschimmel; Dr. Schwarz z Łańcuta; nieobecnych 10.

Porządek dzienny:

I. Kol. Fechter: a) O gruźlicy stawów i kości z przedstawieniem chorych, operowanych i preparatów anatomiczno-patologicznych; b) przedstawienie chorych: 1) chorego z rozległem wydłutowaniem wyrostka sutkowego z powodu ropienia ucha środkowego i ropnia przedoponowego.

2) chorą z nabłoniakiem wargi dolnej z toaletą szyi według Hermana.

3) chorego, u którego z powodu rakowatego zwężenia odźwiernika, wykonano gastroenteroanastomozę tylną zaokrężnicową.

4) chorego z uwięzłą przepukliną pachwinową prawą, u którego wykonano herniotomię, wycięcie części obumarłej jelita; zabieg doszczętny. Przypadki 3 i 4 operowane w znieczuleniu rdzeniowem tropakokainą, sposobem Biera z modyfikacyą Guinard-Kozłowskiego.

W dyskusyi zabierali głos lekarze wojskowi: Gottlieb, Kolbe, Hanel, kol Trzaskowski i prelegent.

II. Kol. Rossberger: a) O bezradności higieny publicznej, wobec istniejących stosunków.

W dyskusyi zabierali głos prawie wszyscy obecni.

b) Demon-stracya chorego z praktyki prywatnej.

*Tadeusz Fechter,* sekretarz.

* Obywatele m. Krakowa, uznając doniosłe znaczenie dla fizycznego rozwoju młodzieży parku ćwiczeń cielesnych Dr. Jordana, postanowili uświęcić piętnastą rocznicę założenia tej pożytecznej instytucyi uroczystą wieczernicą w d. 8 b. m.

* Dr. Z. Pelczar z Drohobycza, w lecie praktykujący w Truskawcu, przesłał przez nasze pośrednictwo na cele „Towarzystwa samopomocy lekarzy“ 200 koron „zamiast ofiarowywania pacyentkom i znajomym kwiatów przy pożegnaniu“. Obok chwalebnego celu tej ofiary podnieść należy z uznaniem zdrową myśl zwalczania nieuzasadnionego zwyczaju, który gdzieindziej praktykują właściciele pensyonatów, ale nie lekarze.

* Rząd turecki rozpisał konkurs na 5 posad lekarskich w służbie sanitarnej. Kandydaci nie mogą przekraczać wieku 35 lat, mają posiadać dyplom, nabyty w jednym z uznanych uniwersytetów europejskich i muszą się poddać egzaminowi ustnemu i piśmiennemu z higieny. epidemiologii, bakteryologii i chemii analitycznej. Podania należy wnosić do 11 sierpnia 1904 r. pod adresem »Cesarskiej otomańskiej administracyi sanitarnej w Konstantynopolu“.

* Pruski minister oświaty zamierzył ułożyć listę lekarzy-specyalistów w Prusiech. W tym celu został rozesłany kwestyonaryusz, na razie tylko do lekarzy berlińskich, w którym lekarze-specyaliści mają dać odpowiedź na następujące pytania: jakiej gałęzi specyalnej lekarz się poświęca? jaką drogą nabył wiedzy specyalnej, mianowicie, w których latach poświęcał się tym studyom specyalnym, w jakich zakładach, pod czyim kierunkiem i jak długo? ile czasu pracuje w specyalnym zawodzie i czy posiada zakład własny lub poliklinikę, czy też pracuje w szpitalu i na jakiem pozostaje stanowisku.

* Wiele niezadowolnienia wywołało we Francyi zniesienie granicy wieku dla profesorów, która do tej pory oznaczoną była jak i w Austryi na 70 rok życia. W obecnym czasie granica ta obowiązuje tylko w uniwersytetach austryackich i holenderskich.

* Francuskie ministeryum zarządziło, ażeby chorych na gruźlicę, leczących się w szpitalach, umieszczać w osobnych budynkach, wyłącznie na ten cel przeznaczonych.

* Między 19 a 25 kwietnia doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: czortkowskim (2 gm.), jaworowskim (5 gm.), kamioneckim (1 gm.), lwowskim (3 gm.), mościskim (2 gm.), podhajeckim (1 gm.), przemyślańskim (1 gm.), przeworskim (1 gm.), śniatyńskim (1 gm.), stanisławowskim (2 gm.), stryjskim (1 gm.), tłumackim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.), żółkiewskim (1 gm.).

**Mianowania i odznaczenia.** Prof. nadzwyczajny anatomii w Turynie, Dr. Bajardi, mianowany profesorem zwyczajnym. Docenci: Henneberg (anatomia) i Gardini (chirurgia) mianowani profesorami nadzwyczajnymi: Pierwszy w Giessen, drugi w Bolonii.

**Nekrologia.** Zmarli: Dr. Aleksander Franciszek Kluczycki, lat 31 — w Wiedniu. Dr. Jouon, prof. anatomii — w Nancy Dr. Dobrowolski, prof. okulistyki — w Petersburgu. Dr. Bruchon, prof. anatomii — w Besançon. Dr. Jan Chądzyński, lat 80 — we Lwowie. Dr. Duclaux, kierownik Instytutu Pasteura — w Paryżu.

* *Otrzymujemy następujące doniesienie:*

Rozstrzygnięcie konkursu literackiego, ogłoszonego przez »Głos lekarzy«. Sąd konkursowy, złożony z Dra Festenburga, prof. Dra Kadyiego. Dra Mayera, Dra Mańkowskiego, Dra Wątorka i prof. Dra Ziembickiego, ukończył swe czynności w dniu 27 kwietnia i przyznał nagrody konkursowe po 100 koron autorom prac następujących:

1) pracy na temat: »Położenie materyalne i stanowisko społeczne lekarzy-praktyków na prowincyi«: godło »*Hej! ramię do ramienia!*“;

2) pracy na temat: »Położenie materyalne lekarzy-praktyków w miastach«: godło »*Krzywdę najdzie sam wszędy dla siebie, kto się rządzić nie umie w potrzebie*«;

3) pracy na temat: »Położenie materyalne lekarzy okręgowych«: godło »*E pur si muove*«;

4) pracy na temat: »Położenie materyalne lekarzy rządowych« bez godła.

Autorowie prac pod 1) i 4) zastrzegli sobie bezimienność, a nazwiska swe podali tylko do wiadomości naczelnego redaktora „Głosu lekarzy“.

Co do innych prac nagrodzonych, to okazało się po otwarciu kopert, że autorem pracy pod 2) wymienionej, jest Dr. Adam Langie z Krakowa, a pracy, pod 3) wymienionej, Dr. Stanisław Zasacki ze Szczurowa.

Stosownie do życzenia Sądu konkursowego przedłuża redakcya „Głosu lekarzy“ konkurs na tematy: a) Położenie lekarzy szpitalnych i b) Położenie lekarzy Kas chorych, do dnia 1 stycznia 1905 r.

Druk prac nagrodzonych rozpocznie „Głos lekaszy“ już w najbliższym numerze dnia 15 maja 1904 r.

**Bibliografia.**

— *Medycyna* Nr. 17. Bornstein: Wiąd rdzenia i psychoza. Bogusławski: Preparaty vanadium. Stosowanie lecznicze.

— *Gazeta lekarska* Nr. 17. Rabek: Przyczynek do leczenia płonicy surowicą przeciwpłoniczą. Rzętkowski: Badania nad losem roztworów solnych w żołądku ludzkim (c. d.).

— *Odczyty kliniczne* N. 181 i 182. Riedel: Powstawanie, rozpoznanie i leczenie kamicy żółciowej (część II).

— *Głos lekarzy* Nr. 9 zawiera następujące artykuły: Taryfa lekarska. — Uregulowanie należytości sądowo-lekarskich w sprawach cywilnych. — Ordynacya dla lekarzy. — Opinie Izb lekarskich w sprawie tytułu specyalisty. — Organizacya prasy lekarskiej polskiej. — Sprawa szpitalika św. Zofii.

— *Kronika lekarska* Z. 8. Miklaszewski: O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój (c. d.).

— *Przewodnik kąpielowy* Nr. 3. Chramiec: Potrzeby zdrojowisk krajowych. Praschil: O leczeniu zdrojowo-kąpielowem chorób serca w Truskawcu.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 5. Legeżyński: Zdrowotność miasta Lwowa w r. 1903. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.).

— *Revue v neurolgii, psychiatryi, fisykalni a diaeteticke therapii* Nr. 1 i 2. Mladějovský: Dnavá onemocnĕni a nĕkteré příznaky nervové.

— *Časopis lekařů českých* Nr. 17. Krutina: Favus v Bosnĕ a Hercegovinĕ (c. d.). Zahradnický: Zpráva o 604 kýlách v nemocnici nĕmeckobrodské operovanych. Pexa: Angina diphtherica maligna. Mareš: Energetická bilance živého tĕla (dok.).

— *La Presse médicale* N. 32. Gley i Richaud: Sole wapnia i żelatyna uważane jako czynniki krzepnięcia krwi. Tuffier: W sprawie dekapsulacyi nerki.

— Nr. 33. Trousseau: Bole głowy pochodzenia ocznego. Gaucher: Kiłowa podstawa zapalenia wyrostka robaczkowego. Uwaga dodatkowa. Philibert: Zapobieganie zakażeniu zimniczemu.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 17. Milner: Bolesne pasy na szyi po ranach głowy. Krebs: Wpływ miejscowego zastosowania chłodu na czynność serca. Glaessner i Sigel: Organoterapeutyczne próby w schorzeniach trzustki. Lippert: O niektórych nowych próbach ulepszenia metody oznaczania granic serca, oraz uwagi nad woltaizacyą sinusoidalną. Ascher: Przyczynki do higieny społecznej. Czy wyniki usiłowań przeciw gruźlicy doprowadziły do celu?

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 17. Tappeiner i Jodlbauer: Działanie substancyi fluoryzujących na jady błonicy i tężca. Reinhold: Ciężka niedokrewność z »hiperglobulią«, jako następstwo przewlekłego zatrucia tlenkiem węgla. Bonheim: O t. zw. pierwotnym śródbłoniaku opłucnej. Frankenstein: O przedziurawieniu zapomocą narzędzia Fridondaniego. Bartels: Stosunek między rwą nerwu trójdzielnego, a nawrotną nadżerką rogówki. Koerber: Przypadek ogólnego zapalnego obrzmienia skóry. Steinthal: Rokowanie przy mięsaku jelit. Bulling: Wdychiwanie fenilo-propiolanu sodowego w gruźlicy krtani i płuc. Meinhold: Podskórne złamanie prawego obojczyka, następowe zamknięcie tętnicy obojczykowej, wydłutowanie, szew kostny, mechanizm zranienia naczyń przy złamaniach obojczyka. Mayer: Podwójne zranienie obydwóch gałęzi żyły podskórnej odgoleniowej. Groźny krwotok. Swoisty sposób zatamowania krwi. Wanser: Dwa zajmujące przypadki z praktyki. Mohr: Mechaniczne leczenie przepuklin brzusznych zapomocą paska przepuklinowego Wolfermanna. Müller: O zastosowaniu i działaniu adrenaliny u chorych. Hippel: Nowe badania fizyologiczne i patologiczne objawu źreniczego (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* N. 17. Hirschl: Mózg a kiła. Büdinger: Leczenie przewlekłego zapalenia stawów wstrzykiwaniami waseliny. Friedländer: Rozpoznanie zapalenia stawu biodrowego. Pendl: Przypadek skręcenia (volvulus) żołądka. Schüller: Przyczynek do nauki o krwotoku z pozornie niezmienionej nerki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 18. Rettmann: Gruźlica skóry pod postacią trądzika. Neufeld: Dzieje odkrycia uodpornienia przeciw gruźlicy. Sattler: Zasady leczenia krótkiego wzroku (dok.). Klien. Trwały rytmiczny skurcz mięśni połykowych (dok.). Soltmann: Choroby zakaźne wieku dziecięcego i podstawy do ich leczenia (dok.). Perthes: Doświadczenia nad wpływem promieni Röntgena i promieni radu na dzielenie się komórek (dok.).

**Redakcya otrzymała**: Fr. Neugebauer: 1) Z kazuistyki szpitalnej. Krótka statystyka 37 operacyi, połączonych z otwarciem jamy brzusznej. 2) Kilka słów o powtarzaniu się obojnactwa wrzekomego w jednej i tej samej rodzinie. 3) Einige Worte über die Mutterhals-Scheidenfisteln der portio vaginalis uteri. 4) Cztery ciekawe spostrzeżenia wrzekomego obojnactwa z własnej praktyki. 5) Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o hermafrodytyzmie? Pruszyński: Die Pathogenese der Erkrankungen der Gallenwege und die Indication zu deren chirurgischen Behandlung. Mańkowski: 1) Hemofilia po dannym bolnicy św. Olgi. 2) K czastotie zabolewanija rachitom krestijanskich dietej w buzulskom ujezdie, samarskoj gubernii.

## Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa".

W tygodniu 17 (od 24/IV do 30/IV) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 29, dz. 37; nieżywo: chł. 1, dz. 2. — **Zmarło**: miejscowych: męż. 17, kob. 27; zamiejscowych: męż. 18, kob. 3.

**Przyczyna śmierci**: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 2, obcych —. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 6. 3) zapalenie płuc: miej. 3, ob. 1 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 1. 8) odra: miej. —, ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. 1, ob. —. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) Cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 1, ob. —. 14) Cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. 1. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej. 3, ob. 2. 21) nowotwory: miej. 5, ob. 4. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 17, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob. 1. **Razem** miej. 44, obcych 21.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

**Towarzystwo lekarskie krakowskie** odbędzie we środę, dnia 11 b. m., o godzinie 6-tej popołudniu, ***w sali wykładowej profesora Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem 1) kol. Żeleński mówić będzie: „O pojawianiu się ciałek szpiku kostnego (myelocytów) we krwi niemowlęcej (na podstawie badań, prowadzonych wspólnie z Dr. Teodorem Cybulskim); 2) Dr. Habicht: „O t. zw. „typhus diagnosticum" Fickera (z demonstracyą).

**Dr. Maks Haudek**, właściciel i kierownik Zakładu ortopedycznego w Wiedniu prosi nas o zaznaczenie, że przeniósł swój zakład na Bauernmarkt Nr. 10.

## Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych

patrz następną stronicę.